

金沢区三師会在宅医療相談室 【歯科】訪問診療申込書

(フリガナ)

申込者： _____ 電話番号： _____

患者さんとの関係： _____

(フリガナ) 患者氏名： _____ 男 ・ 女	
生年月日： 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)	
住所： 〒 _____ 横浜市金沢区 _____ 駐車場 有 ・ 無	
電話番号： _____	FAX番号： _____
同居者： いる (_____) ・ いない 主たる介護者氏名： _____	

【I】申し込み理由 (番号に○をつけて下さい、複数回答も可)

1. 痛みがある
2. 腫れている
3. ものが良く噛めない
4. 入れ歯が合わない
5. 入れ歯がこわれた
6. ものが良く飲み込めない
7. その他 (_____)

症状はいつ頃からですか？ (_____ 頃から)

【II】患者さんについての医療・看護連携情報

<以下、担当者、担当医がおりましたら、ご記入下さい>

◆ケアマネージャー

事業所名 _____ 担当者 _____ 電話 _____

◆地域包括支援センター

事業所名 _____ 担当者 _____ 電話 _____

◆訪問看護ステーション

事業所名 _____ 担当者 _____ 電話 _____

◆かかりつけ歯科医院 _____ 電話 _____

◆かかりつけ医院 (医科) _____ 電話 _____

【Ⅲ】患者さんについての介護基本情報 <以下、該当項目に○を付けて下さい>

○日常生活自立度： 障害老人 自立 J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2
認知症老人 正常 I・II・III・IV・M

○要介護度： 自立 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）
特定高齢者（該当・非該当）

○食物形態 1.常食 2.軟化食 3.きざみ 4.ペースト（流動） 5.経管
6.その他（ ）

【Ⅳ】患者さんについての医療詳細情報 <以下、該当項目をご記入下さい>

○全身疾患 1.脳血管障害 ▶麻痺の部位 ・上肢：右・左・両
・下肢：右・左・両
・口腔：口唇・舌・咽頭（嚥下機能）
2. 血圧（ / ）
3. 慢性関節リウマチ
4. 糖尿病（血糖値_____mg/dL H b A 1 c_____）
5. パーキンソン病（ヤールの重症度分類 I・II・III・IV・V）
6. 心臓疾患（狭心症・心筋梗塞・不整脈・その他_____）
7. その他（ ）

○服薬情報 ▶抗凝固剤（使用・不使用）：薬剤名_____

▶その他の服薬剤_____

○特定高齢者判定項目 <以下、該当項目に○を付けて下さい>

(1) 6ヶ月で2～3Kg以上の体重減少あり BMI 値が18.5未満

(2) 血清アルブミン値が3.8g/dL以下

(3) ア：半年前に比べて固い物が食べにくくなったと感じている

イ：お茶や汁物等でむせることがある

ウ：口の渇きが気になる

(4) 視診による口腔内の衛生状態に問題を確認

(5) 反復唾液嚥下テスト（RSST）が3回未満

○その他特記事項